



**Атанас ЦОНКОВ,**  
медицински  
консултант  
на в. „Лечител“

в ендемичния, присъщия, характерния географски регион, в който отчетливо се срещат много пациенти с „Бехчет“ (?).

### ПЪТЯТ НА КОПРИНАТА

Какво общо има синдромът

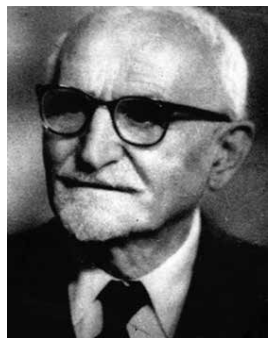
(това е по-точното, научнообоснованото наименование на въпросното болестно състояние!) на Бехчет с „Пътя на коприната“?

1. Има изобилни данни, че връзката между двете понятия е и историческа, и географска, и то до голяма степен причинно-следствена връзка...

2. Легендарният „Път на коприната“ води географското си начало от Китай, а календарното – от II век пр. н. е., когато дипломатът

Чжан Цян получил императорска заповед да проучи възможностите за делови контакти на Изтока със Запада. Дипломатът попаднал в ръцете на китайски врагове - хуните – и чак след десет години избягал от пленничеството, но макар че китайско-европейските връзки се развивали с променлив успех през следващите векове, те изиграли огромна роля за цялостната човешка цивилизация. Пътят е наречен на името на най-популярната азиатска стока - коприната, която завладяла западния пазар и най-вече модата и битата на европейската аристокрация.

3. Този лукс си имал своята цена. Въпреки че няма задълбочени изследвания по темата, отдавна, още от ранното европей-



д-р Бенедиктос Агамтиадес и  
д-р Хулуси Бехчет



ско Средновековие, се знае, че керваните, които докарвали коприната, ароматни подправки и скъпоценни камъни от Далечния изток, неволно доставяли и плъхове, и болести. Югоизточна Азия, поради невероятната гъстота на населението и съответно ниската социална хигиена, и днес се явява резервоар и развъдник на страховити епидемии...

Търговията от Китай към Европа транспортирала и увеличавала инфекциозните заболявания – от чумата до холерата, от грипа до сифилиса (донесеният от Христофор Колумб американски сифилис е друга, допълнителна беда).

Думата ни обаче е за **синдром на Бехчет**.

### КРАТКА БИОГРАФИЯ

Турският лекар д-р Хулуси Бехчет, въз основа на три пациентски случая, стигнал до идея-

# „БЕХЧЕТ“



Кадр от филма „Съкровище в двореца“ с удивителната история на Великата Чан-Гъм (вдясно), успешно лекувала краля на Чосон, Корея, от „Бехчет“

та, че техните сходни клинични симптоми са достатъчни, за да се обяви откритието на неизвестна отделна болест.

Общите белези на тримата включвали: 1. афти в устната кухина 2. възпалителни процеси на очите 3. язви по гениталиите и други кожни участъци. Понякога бивали засегнати и ставите, и храносмилателният тракт, и нервната система.

Д-р Бехчет и неговите чуждестранни колеги подозирали, че в основата на този проблем стоят различни инфекциозни и други фактори: туберкулоза, саркоидоза, мултиформна еритема, рецидивиращи афти, сифилис, паразити... Поради тогавашната недоразвитост на микробиологията, всички тези специалности, включително и д-р Бехчет, **изключили заподозрените микробиопатогени** - бактерии и микози, туберкулозата и сифилиса...

Внимание! Тази **диагностична грешка продължава да властва** и днес в медицината, като същевременно се признава, че „Бехчет“ е **идиопатично заболяване** – с неизвестен причинител!

Накрая д-р Бехчет предполагал, че най-вероятният причинител на тези системни и нелечими симптоми е **вирусът на херпес симплекс**, но не успял да докаже тезата си убедително.

През 1952 г. турският офталмолог Zezer открил вирус в очите на пациент с „Бехчет“, а през 1956 г. – същият вирус бил установен и в урина, и в кръв на болния...

Какво казва т.нар. медицинска наука днес за

### ЗАГАДКАТА „БЕХЧЕТ“?

1. Както и някои други не-

разгадани здравни проблеми, **синдромът на Бехчет се характеризира с една триада**: а) рецидивиращ (99%) афтозен стоматит б) язви по лигавиците и кожата на половите органи в) очни поражения – увеит или иридоциклит. Почти винаги се явяват и допълнителни поражения на други органи: артрит, колит, тромбоза, неврологични симптоми...

2. **Разпространението** е географски обособено предимно в района на „Пътя на коприната“. Въпреки това остава неясно защо се среща, според някои изследователи, най-често в Турция (100/100 000) и Япония (670/100 000)?

3. **Етиологията на този синдром остава неизвестна**. Някои автори го определят като наследствено, други акцентират върху генетични дефекти (в Япония и Средиземноморието го свързват с AgHLAB5 и HLADR5), трети сочат географския фактор („Пътят на коприната“), четвърти обвиняват прекалената консумация на орехи (?!), пети предполагат, че виновни са тежки метали (в корейския TV сериал „Съкровище в двореца“ се спряха на арсена), шести подозират **инфекциозни причини** (Ат. Ц.: Аз съм един от тях и за това ще стане дума по-нататък!).

4. **Клинична картина**. Освен споменатите дотук симптоми, срещат се и по-особени: очите може да страдат от хориоретинит, потъмняване на стъкловидното тяло, хипопион (загнояване на окото); изменения, подобни на възлестата еритема; васкулити; твърде специфично образуване на **гнойни** пустули при убождане с игла; пиодермия; сутрешна скованост при 30% от пациентите; признаци като при синдром на Крон; по-рядко може да се наблюдават и миопатия, миозит, гангрена, гломерулонефрит, шизофрени разстройства...

5. Не съществуват надеждни, специфични лабораторни тестове

за гарантирано **диагностиране на „Бехчет“**.

Както и при много други **идиопатични** (с неизвестен произход) заболявания, синдромът на Бехчет се установява посредством набор от симптоматични данни. През 1990 г. са приети **Международни диагностични критерии**, които будят по-скоро недоумение, отколкото спокойствие и надежди: **голям критерий** - рецидивиращи разязвявания на устната лигавица, поне

3 пъти в течение на 12 месеца, и **малки критерии**. Малките критерии включват: а) рецидивиращи разязвявания на половите органи б) поражения на очите в) възловидни поражения на кожата г) положителен резултат на **Патергия** – тест. **Патергия-тестът** - убождане на кожата с игла - показва положителен резултат в 60-70% от случаите.

За да се постави диагнозата, са нужни 1 голям и 2 малки критерия. Казаното е валидно, ако няма друга патология, която да обяснява горните признаци!

И на това му казват медицина, **персонализирана медицина, доказателствена медицина, прецизна (?) медицина**... Дръндрън! Ялова работа! Да пази бог – особено ако си атеист!...

6. **Възможни усложнения**: парези и парализи, съдови аневризми, тромбоемболии, амилоидоза, слепота.

7. **Лечение**: кортикостероиди, антиракови медикаменти, аспирин, имуноглобулин.

### ОТКРИТИЕТО И ОТКРИВАТЕЛИТЕ

Колкото и да е парадоксално, названието и откривателството на „синдром Бехчет“ не е съвсем безспорно и безоблачно.

1. Още Хипократ (450-377 пр.н.е.) описва пациенти с три основни признаци, с които се диагностират днешните бехчетисти... Хипократ обаче се е стремил да излекува болните, а не да прише името си към едно или друго от човешките болестни страдания.

2. Осем години **преди** публикацията на д-р Бехчет, един гръцки офталмолог (д-р Адамантиадес) запознава публиката с това (такова) болестно състояние. И днес мнозина специалисти предпочитат да използват коректното медицинско понятие **„синдром на Адамантиадес - Бехчет“**.

3. В специализираната литература се срещат синонимите на

### На вниманието на:

- Президент на Република България РУМЕН РАДЕВ
- Министър-председателя на Република България БОЙКО БОРИСОВ
- Здравния министър КИРИЛ АНАНИЕВ
- Парламентарната здравна комисия
- Българската академия на науките
- Българската академия на науките и изкуствата
- Българския лекарски съюз
- Съюз на учените в България
- Медицинските университети и факултети в София, Пловдив, Варна, Плевен, Бургас и Стара Загора
- Българските студенти по медицина
- Независимите български пациентски организации (Ако има такива!)
- Българските евродепутати

В следващия текст ще се опитам да очертая ВРЪЗКАТА между няколко наглед **несвързани** неща и да отговоря на някои въпроси, които висят в световното научно и медийно пространство:

1. Корея и Турция - далечни и близки

2. „Пътят на коприната“ и „Болестта на Бехчет“

3. Приносът на Турция в световната медицина

4. Корейският ТВ сериал „Съкровище в двореца“ и медицинската диагностика...

5. Идиопатични диагнози, васкулити, аутоимунни болести...

6. Защо „БЕХЧЕТ“ продължава да е мистерия за науката?

Нямам намерение да рецензирам показания неутрална по БНТ корейски сериал (в 54 епизода), но той ме предизвиква да отбележа един медицински гаф в този филм и да се заема с един здравен проблем, на който бяха осветени няколко вълнуващи епизоди.

**Гафът** – макар да бе казано и от творците на тази кинолента, че тя визира събития от около средата на XVI век, един от артистите, изпълняващ ролята на придворен лекар, заявя, че тежко болният крал вероятно страда от **„болестта на Бехчет“**!?

Проницателността на този лекар би била достойна и за Нобелова награда, ако не знаехме, че тази болест (По-точно е да се казва „синдром“) за първи път е била описана през **1937 година** от турския лекар Хулуси Бехчет... Ще отмина филмовото третиране на това болестно състояние – причинено, според кралските медици, от неволна консумация на арсен и излекувано чрез билки и други средства на традиционната източна медицина...

Едва ли бих се заел с този „горещ медицински въглен“,

1. Ако това не беше едно от така наречените „аутоимунни заболявания“.

2. Ако академичната медицина не беше силно затруднена в диагностирането и лечението на болните от „Бехчет“.

3. Ако днешната официална медицина, де факто, не беше вдигнала белия байрак и пред това смъртоносно зло.

4. Ако **България** не попадеше

# ШО Е ТО?

„Бехчет“ (МКБ-10, М-35.2): Синдром (болест) на Бехчет; Болест на копринения път; Трисиндром Бехчет, Синдром Адамантиадес – Бехчет, Синдром Gilbert – Behchet, афтози на Tongaine и др. Някои добавят и по-рядко ползваните разклонения на „Бехчет“: „кардио-Бехчет“, „невро-Бехчет“, „гастро-Бехчет“, „чревен Бехчет“...

## ОБРАТНО ПО „ПЪТЯ НА КОПРИНАТА“

По пътя на коприната се движели главно търговци, но тази разработена магистрала се ползвала активно и от религиозни мисионери, дипломати, учени, любители на азиатската екзотика. Естествено всички те са се хранели в крайпътни гостилници, влизали са в интересни диалози с местните хора, някои са опитвали и греховните плодове на „платената любов“... Какви безгранични шансове за разни невидими вируси, бактерии, гъбички, паразити да се прехвърлят в нова жива квартира – тоест в човека гостоприемник, който е изминал хиляди километри, за да се сдобие със сладко удоволствие и... нелечимо заболяване.

„Болест на копринения път“ – това не е лековато и прибързано обозначена болестна (нозологична) единица. Когато говорим за епидемиологията, разпространението на „Бехчет“, числата изглеждат са по-красноречиви от термините.

Вече стана дума за бехчетистите в Япония и Турция.

Според други източници обаче, в Турция боледуват от 100 до 300 души на 100 000, а в Япония – 10 души, в Иран – 68, Русия – 3, САЩ – 1...

Повишена честота се регистрира по пътя от Япония и Корея до Мароко, Португалия, Франция, Великобритания.

Съвсем рядко се регистрират случаи на „Бехчет – болни“ в Австралия и Америка.

Както и за много, много други медицински диагнози, България не разполага дори със статистика за „Бехчет“ сред нашите сънародници. Не прави изключение и новата и обемиста академична „НЕВРОЛОГИЯ“ - 1055 страници, от които на „Бехчет“ са отделени **72 реда**, но няма нито ред, нито цифра за „българските бехчетисти“!?

Ще посоча още една оправдана връзка – между Корея и Турция. От 1976 г. се провеждат **корейско-турски дни, посветени на проблема „Бехчет“**. Двете страни си сътрудничат редовно в битката със загадъчната болест.

А може би и други държави, лекари, пациенти ще проявят един по-продуктивен и полезен интерес към „Бехчет“ след неудачното, ала интригуващо, споменаване във филма „Сякровище в двореца“ на това неопоз-

нато и непобедено заболяване.

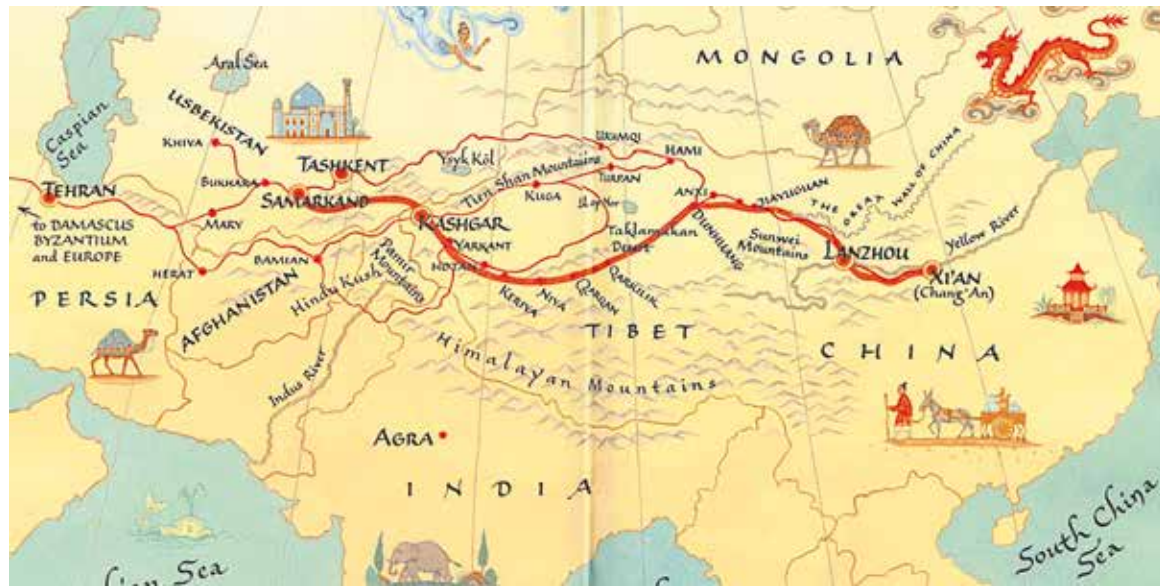
## АУТОПСИЯ НА ЕДНА ДИАГНОЗА

Не, това не е безсмислица! Ще се опитам да анализирам безуспешното диагностиране (от „Бехчет“ – 1937 г., та до днес – 2018 г.!) на пациенти, които имат класическата клинична картина на „Бехчет“.

Несигурността, ненадежността е отличителна черта не само при статистиката на заболяемостта, но и почти при всички аспекти на **проблема „Бехчет“**.

Освен обичайния преглед и цялостна анамнеза – **болният следва да се тества лабораторно поне** за: херпес симплекс и херпес зостер, хепатит С и хепатит В, токсоплазма гондии, хламидия трахоматис, хеликобактер пилори, възвратен тиф (IgG), трепонема палидум и лаймската борелия бургдорфери.

Последните два показателя трябва задължително да се проверяват по възможност и с трите метода: а) Елайза б) Имуноблот в) PCR, и най-важното - микро-



Пътят на коприната

скопски (НА ТЪМНО ЗРИТЕЛНО ПОЛЕ!) от **микробиолог с дългогодишен опит по темата**.

Да се проучат (засега не познавам такива доклади или статии!) евентуалните едновременно или последователно натрупвания на 2-3 и повече от споменатите инфекции, както и с нов поглед да се анализират така наречените **имунни комплекси!**

Няма как заекът да не изскочи от този храст...

Аз го виждам този заек... Обаче истината ще изплува от мъглата, от тъмата, от неизвестността, наречена ме-ди-ци-на, ако учените навлязат по-внимателно, задълбочено и интелигентно в **този храст – имунните комплекси!**..

А щом още Хипократ описва заболяване, вероятно аналог на „Бехчет“, значи този болестен синдром тормози човека не от вчера, не от 1937 г. И ако е вяр-

на хипотезата за неговия произход (**аз съм убеден, че става дума ПРЕДИМНО за един или за повече ИНФЕКЦИОЗНИ АГЕНТИ!**), то трябва да се проучи евентуалното наслагване на предполагаемите сегашни инфекции, циркулиращи по „Пътя на коприната“ над древните патогени (неидентифицирани и досега!). Като имам предвид, че няма сериозни изследвания за смесване, кръстосване, наслагване дори на днешни, добре познати инфекциозни явления, едва ли може да сме оптимисти за току-що предложеното аналогично проучване на миналото...

Проф. Хулуси е първият турски професор по медицина. Владее немски, френски, латински. Направил ценни изследвания на лайшманиозата, микози, дерматози. Редактор на първия турски журнал по дерматология и сифилитология.

Скоро след Хулуси и други учени, от Белгия и Италия, САЩ, Австрия, Япония, Дания, Израел, Швейцария, потвърдили наличието на такъв болестен синдром.

Справедливостта изисква да

лира нова парадигма на медицината. Сегашната **не работи, буксува, вреди!**

Общоприетото

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗА „БЕХЧЕТ“

гласи: хронично, системно, възпалително, рецидивиращо, автоимунно, идиопатично (с неизвестен произход) заболяване.

1. Бехчет е **„хронично“** заболяване, защото лекарите **не могат да излекуват** болния и то се хронифицира.



Трепонема палидум

2. Не могат да го излекуват, защото **лечението е симптоматично**, а не етиологично!

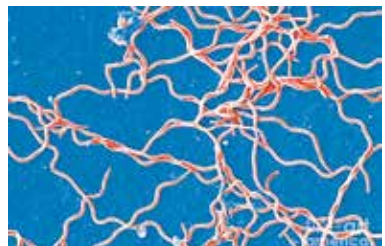
3. Експертите приемат, че Бехчет е **„автоимунно заболяване“**, но ще поясня, че те имат погрешна представа за този вид диагнози и дори не знаят дали автоимунните болести са 20 на брой или 40, или 80, или над 80... Цитираните хипотетични бройки са публикувани от автори-експерти (!?).

4. Понятието **„идиопатично“** в характеристиката на „Бехчет“ обяснява (още веднъж!) защо проблемът е непреодолим от терапевтите..!

то не убиват нито рака, нито „Бехчет“, но осмъртвяват пациента...

• В лечението на болните от „Бехчет“ се включват не един и двама специалисти: отоларинголог, офталмолог, андролог (гинеколог), ревматолог, гастроентеролог, невролог, кардиолог и др. Обосновано, ала - напразно!

• Ще се въздържа да предлагам моя лечебна схема, защото е несериозно да се говори за **стандартен терапевтичен протокол**, след като всяко лечение трябва да се предхожда от прецизно и КОМПЕТЕНТНО ПЕР-



Борелия бургдорфери

СОНАЛНО И КОМПЛЕКСНО, по възможност и ЕТИОЛОГИЧНО ДИАГНОСТИРАНЕ!

• За дълбокото **непознаване** на „Бехчет“ свидетелства и широкия диапазон например на неврологичните усложнения – от 2,2 до 59%!?! Тази ужасяваща медицинска загадка – „Бехчет“, **поянякога може да дебютира с менингит, загуба на съзнание, афазия, тетрапареза, кома...**

• 96% от Бехчет-пациентите имали признаци на **депресия**, а 92% - на **тревно разстройство**. Уви! И това се оказва само статистика за любопитните читатели... Защото в академичния медицински свят **депресията и тревожността** на свой ред са по-мистериозни болестни синдроми и от „Бехчет“!

## НАЙ-ВАЖНОТО – ДИАГНОСТИКАТА

• Десетки експерти от 22 страни през 2014 г. **изработиха международни критерии за диагностика на „БЕХЧЕТ“**, **НО И ТЕ НЕ НАПРАВИХА ТОВА ЗАБОЛЯВАНЕ ПО-УЯЗВИМА МИШЕНА**.

• Най-честите **неспецифични симптоми** при неврологични проявления на „Бехчет“ са: главоболие, менингоенцефалит, вътречерепна хипертензия, невропатии, атаксия, неврит, полиневрит, подобно на МС - разстройство, нарушения в говора, загуба на зрение, деменция и др.

• Най-малко **2-6% на психически разстройства** (остри или маниакални психози, панически пристъпи, obsесивно-компулсивно разстройство и пр.) при терапия на „Бехчет“ вероятно **се дължат на лечението с кортикостероиди и други медикаменти**, а по-рядко – „на Бехчет“.

• Да не забравяме, че най-важното при един болестен казус е **диагностиката** – ако е възможно: аргументирана, адекватна, етиологична. В обсъждания случай реалността ни респектира и шокира. Както и да я гледаме диагностиката на пациенти с „Бехчет“, тя е **само симптоматична**. Даже когато прибегнем до **диагностичните критерии на Американската асоциация по офталмология за „болестта на Бехчет“**: 1. Рецидивиращ афтозен стоматит 2. Рецидивиращи

(Продължава на стр. 14)

5. Дори епитета **„възпалително“** не им помага да открият възпалителния фактор, който най-вероятно, най-често е инфекциозен!!!

6. Едва ли има смисъл да давам отделно място на **терапията**, след като всички съвременни терапии при „Бехчет“ са неуспешни! А са **неуспешни, защото са само симптоматични и погрешни, неадекватни!**

• Да се прилагат **имуносупресанти** при автоимунни заболявания е пълна неадекватност...!

• Да се разчита на **кортикостероиди**, които не могат да **излекуват** никого, но успешно докарват допълнителни проблеми, е терапевтична безпомощност...!

• Да се използва **колхицин** (алкалоид, извлечен от минзухара) е принципна грешка на модерната западна медицина. Както е грешка и да се прилагат **антиракови медикаменти**, кои-

# „БЕХЧЕТ“ – ЩО Е ТО?

(Продължение от стр. 13)

афти на половите органи 3. Увеит 4. Синовит 5. Кожен васкулит 6. Менингоенцефалит.

Въпреки че и д-р Бехчет, и неговите колеги са обсъждали вероятността това заболяване да се дължи на стрептококи или туберкулоза, на сифилис или на вируси, или на генетични фактори, не са доказали болестотворната роля на нито един от тези заподозрени „играчи“. Всички автори подчертават, че **етиологията на „Бехчет“ (МКБ-10, М-35.2, болест на Бехчет) не е известна.**

До към 1900 г. в началото на ХХ век специалистите предполагали, че причинителят на този болестен синдром, назоваван впоследствие „Бехчет“, е сифилитичната бактерия **трепонема палидум**, но самият професор Бехчет стигнал до заключението, че сифилисът в случая е невинен (По този повод ще кажа - няма да си прахосате времето, ако прочетете **„Сифилисът е тук!“** - в „Лечител“, бр. 47/2017 г. или на <http://www.lechitel.bg/page.php?id=11>). Това обаче, което трябва да се знае е, че **И ПРЕЗ ХХІ ВЕК ДВЕТЕ, най-заподозрените от мен СПИРОХЕТНИ ИНФЕКЦИИ - Трепонема палидум и Борелия бургдорфери - не се познават достатъчно от конвенционалната, академичната медицина, и в 20-30% (за сифилиса) и до 80% от случаите (за лаймската болест) те се диагностират погрешно (ФАЛШИВО ОТРИЦАТЕЛНО).**

Твърде показателно за темата на моя разказ е, че: 1. Още Хипократ (450-377 пр.н.е.) описва пациенти с характерната симптоматика на триадата: а) автозни рани в устата б) генитални язви и в) възпаления на очите. 2. Описаните от Хипократ пациенти са от **района на Мала Азия**, който и сега е световен рекордър по „Бехчет“.

## ФАКТИ БЕЗ КОМЕНТАР

• „Бехчет“ се среща и при двата пола – обикновено във възрастта между 20 и 40 години - с леко преваляване при мъжете. По неизвестни причини мъжете боледуват по-тежко и по-често фатално. *Може би жените са благодетелствани със своя по-висок естроген?*

• В крайната фаза на боледуването **около 30% от болните развиват Алцхаймер (или деменция).** Това „странно“ съвпада с **моего твърдение, че инфекциите, НАЧЕЛО СЪС СПИРОХЕТОЗИТЕ, са водеща причина за Алцхаймер!** (Вижте статията „Коя е първопричината за Алцхаймер?“ – в „Лечител“, бр. 4/2011 г. или на <http://www.lechitel.bg/page.php?id=11>).

• Аналогично обяснение има често и за други **идиопатични (?) здравни проблеми** като **аневризми, пролапс на митрална клапа, предсърдно мъждеене, трите вида кардити, някои гломерулонефрити, тромбоза, амилоидоза, полиартрит, язвен колит, „болест на Крон“...**

Освен вече споменатите **над 50** признаци на „Бехчет“, този синдром се характеризира с допълнителна богата симптоматична гама: язви и афти по целия храносмилателен път, сълзене, глаукома, атрофия на зрителния нерв, припадъци от епилептичен характер, две-трети от болните получават мускулно-ставни ревматични оплаквания, хемипарези, смущения в слуха и равновесието, инсулти, енцефалопатии, белодробна дисфункция, други очни диагнози: конюнктивит, кератит, ирит; 25% от болните с поражения на зрението ослепяват; и още: гадене, повръщане, диа-



Все още няма обяснение защо японците са сред най-засегнатите от „Бехчет“

рия, ентерит, треска, миалгии, анемия, криоглобулинемия...

• „Бехчет“ има „предпочитание“ към някои етноси: **арменци, турци, евреи, араби, японци.** Защо ли?

• В Япония „Бехчет“ се среща по-често на юг и по-рядко на север?!

• **Имунните комплекси** явно и упорито крият тайната на „Бехчет“...

• Странно изглежда едно уникално становище – че „Бехчет“ е твърде разпространен там, където се консумират много **орехи!** Защо? Това би могло бързо и лесно да се изясни, но – **няма кой!**

• Предполагаема и неизучена е токсичната арсенова етиология на „Бехчет“, лансирана във филма „Съкровище в двореца“, 2003 г.

• Не всеки болен от „Бехчет“ развива **триадата**, типична за тази диагноза, но все пак **ПРИ ОКОЛО 30% ОТ БОЛНИТЕ ТРИАДАТА Е НАЛИЦЕ.**

Ще цитирам няколко фрази от споменатия академичен труд на българските експерти **„Неврология“** (под редакцията на проф. д-р Иван МИЛАНОВ, д.м.н.). Не мога да посоча годината на издаването, защото тя липсва в монографията, както липсват и имена на коректори, на рецензенти. Изглежда 30-ината съавтори-невролози, во главе с проф. Миланов, не са допуснали, че някой друг може да разбира от книгоиздаване повече от тях!:

• **„Етиопатогенезата не е ясна. ...** Допуска се да има някаква инфекция“.

• **„Засягането на мозъка е в резултат на първична паренхимна увреда – 80%“...**

• **„По кожата се наблюдават пустулозни лезии, които приличат на акне и еригема ...“**

• **„Засягането на ЦНС (при около 30% от болните) е една от най-тежките прояви на болестта и се нарича „невро-Бехчет“.**

• **„Няма специфичен тест за диагностика“**

• **„Лечението е с колхицин, преднизон и супресори“**

## ЧИТАТЕЛЯТ - ПАЦИЕНТ ПИТА

**Първо.** Защо се пишат и публикуват книги, които признават, че за над 60-70% от болестите, включително и за „Бехчет“, **не се знае ПЪРВИЧНАТА причина**, няма надежден диагностичен тест, няма специфична и ефективна терапия!..

**Второ.** Нима не може да се провери хипотезата за евентуална инфекциозна

етиология, даже само при един пациент, ако авторите не разполагат с повече болни?

**Трето.** Ако авторите-невролози бяха запознати поне що-годе с инфекциологията, най-вече със **спирохетозите като сифилиса и лаймската борелиоза**, можеха да предположат, че тези инфекциозни фактори са най-вероятните кандидат-причинители на „Бехчет“. Бегло цитираната клинична симптоматика, особено финализирана с **„невро-Бехчет“** – упорито и неудържимо ни насочва към обичайните крайни фази на сифилиса (**невросифилиса**) и лаймската болест (**невроборелиоза**)!... (Ат. Ц.: Повечко **информация за лаймската бо-**

**лест** се съдържа в моите статии, които може да прочетете в сайта на „Лечител“ [www.lechitel.bg](http://www.lechitel.bg).)

**Четвърто.** Макар че споменатото конвенционално лечение (колхицин, преднизон и имunosупресори) не е най-препоръчителното, но според мен, то също подсказва, че **имаме работа с евентуален инфекциозен микроратоген...**

За кой ли пореден път медицинските книги, теории и практики ни дават основание да наречем съвременната медицина **предимно симптоматична.** Определението има два смисъла: първо, че диагностиката и терапията се градят **само върху симптомите на заболяването**, без да търси и установява първопричината, и второ – определението „симптоматична“ подсказва колко **повърхностна** е днешната академична, дипломирана, конвенционална медицина. Тя не си поставя цел **да излекува болния**, а се задоволява само с това **да го лекува!**

Тоест тя се намира на работа, намира си работа, изкарва си хляба от този занаят.

За крайния продукт, за резултата, за оздравяването – да му мисли пациентът! Нали „пациент“ се превежда така - „търпящ“, „търпеливец“, „страдащ“, „страдалец“!

Не казвам, че болните от „Бехчет“ днес трябва да се диагностират чрез

пулса или да се лекуват с **червен женшен** (това между другото, е най-скъпият и най-силният женшен и вирее само в Корея!) и акупунктура, както правят героите от „Съкровище в двореца“. Тъжно е, че и в монографията „Неврология“ учените ни поучават как да **лекуваме (симптоматично и безуспешно!)** подобни пациенти със стандартни терапевтични средства. Къде отиде т.нар. **персонализирана и прецизна медицина**, която се рекламира като последен писък на **„научното“** медицинско мислене?!

Да не говорим, че ако имаме предвид най-вероятната и най-честа първопричина за „Бехчет“ - **спирохетозните инфекции**, препоръчаните от авторите на **„Неврология“** лекарства не са най-адекватният подход, нито най-безвредният, нито най-ефективният!

Вече имах възможност да подчертая, макар и с други думи, **че майката на медицината се казва: ДИАГНОСТИКА!**

След като признават, че за „Бехчет“ няма специфичен диагностичен тест, българските специалисти приемат диагностичния метод, одобрен от *International Study Group for Behcet's disease*. „Диагнозата се основава на клиничната картина, наличие на 2 от следните 4 критерия: рецидивиращи генитални улцирации, лезии в око (увеит или ретинални васкулити), кожни лезии (erythema nodosum, акне) и/или положителен pathergy тест, биопсия на засегнатите органи...“ Каква словесна гъвкавост! Какво празнословие! Каква



диагностична и интелектуална безпомощност!

**Всъщност, чрез два или четири от посочените критерии**, които де факто представляват **СИМПТОМАТИЧНИ ДИАГНОЗИ, се поставя... СИМПТОМАТИЧНАТА ДИАГНОЗА „БЕХЧЕТ“!**

Какъв „прогрес“ на медицината!!! Изумително! Пълзене по епидермиса на пациента, по епидермиса на здравните проблеми!

Колко много диагностични подходи и **колко много мрак и безсилие пред енигмата „Бехчет“!**

## Апел към достойните хипократовци!

Като имам предвид, че поради непознаване същността и етиологията на „Бехчет“, поради липса на надеждна диагностика и ефективна терапия на болните от това **идуопатично** заболяване, както и фаталния финал при **„невро-Бехчет“** (колко това напомня на **невросифилиса** и **невроборелиозата!**), готов съм да споделя безусловно и безвъзмездно моите досегашни наблюдения и постижения, моят клиничен опит със специалисти, които искат и вярват, че могат да разрушат сегашното печално медицинско статукво.

Стига те да не се боят от успеха, стига да предпочитат науката пред занаята, стига да не са в тайна финансова интимност с „Биг Фарма“, да обичат повече медицината в себе си, отколкото себе си в медицината, да са по-щастливи когато обогатяват науката, отколкото когато обогатяват себе си...

Ако сте от тези лекари-специалисти, обадете се! Побързайте! Очаква ви, очаква ни приключение и постижение, каквито светът не познава!

Атанас ЦОНКОВ

Вестник „Лечител“, София п.к. 1606, ул. „Св. Иван Рилски“ 24, вх. „Б“, тел: 02/953 27 45, имейл [info@lechitel.bg](mailto:info@lechitel.bg).

**Бел. рег.** Препоръчително е, драги читатели, да прочетете **НЕПРЕМЕННО** и статията **„Отвъд синдрома на Бехчет“**, която ще излезе в следващия брой на „Лечител“.